LES THÉORIES PATHOGÉNIQUES

DE

N° 44

L'OZÈNE

(ÉTUDE CRITIQUE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Mars 1909

PAR

ACAD. LYON BAT. BIBL.

Louis DAUBIGNEY

Né à Tavaux (Jura), le 17 Janvier 1875

LICENCIÉ ÈS SCIENCES

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX D'ALGER

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✲)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✲).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✲).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (✲).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la thèse :

MM. HÉDON, *président.*	MM. JEANBRAU, *agrégé.*
RAUZIER, *professeur.*	GAUSSEL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON FRÈRE AUGUSTIN

ET

A MA SŒUR LOUISE

A MES PARENTS

A MES AMIS

L. DAUBIGNEY.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534907_0134

A NOTRE MAÎTRE

LE DOCTEUR ANTOINE JOUTY

ANCIEN PRÉPARATEUR DE PHYSIOLOGIE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE LYON

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

CHIRURGIEN OTO-LARYNGOLOGISTE DE L'HÔPITAL
CIVIL D'ORAN

Nous dédions ce modeste travail inspiré par lui, en reconnaissance de toutes les attentions amicales qu'il a eues pour nous.

L. DAUBIGNEY.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR HÉDON

PROFESSEUR DE PHYSIOLOGIE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider cette thèse.

L. DAUBIGNEY.

LES THÉORIES PATHOGÉNIQUES

DE

L'OZÈNE

(ÉTUDE CRITIQUE)

INTRODUCTION

Parmi toutes les affections que le chirurgien oto-laryngologiste a à soigner, il n'en est pas de plus tenace, de plus désespérante que cette rhinite d'aspect et d'allure spéciales qui se caractérise d'abord par l'atrophie de la muqueuse nasale, puis de l'atrophie du squelette qui lui est sous-jacent et qui dénote à l'extérieur sa présence par le rejet de mucosités abondantes, sous forme de croûtes verdâtres et d'odeur fétide.

Cette affection est très fréquente. Dans le service du docteur Jouty, à l'hôpital civil d'Oran, nous avons pu en observer une centaine de cas environ pendant le cours de l'année dernière.

Il nous a paru intéressant de grouper toutes ces observations, et, appuyé sur elles, de reprendre toutes les théories pathogéniques qu'on a proposées jusqu'à ce jour pour expliquer la production de cette rhinite si curieuse.

Nous exposerons aussi toutes les critiques que l'on peut adresser à chacune d'elles et, ce faisant, nous ne ferons que reproduire les idées qu'à l'occasion de l'examen de nos malades le docteur Jouty nous a développées bien souvent. Il en est quelques-unes qui lui sont personnelles ; nous les exposerons dans un chapitre spécial, et, en matière de conclusion, nous reportant toujours à nos souvenirs cliniques, nous exprimerons sincèrement notre pensée au sujet de la pathogénie de l'ozène telle qu'elle nous est présentée à l'heure actuelle.

La rhinite est due à une influence atmosphérique

C'est Freudenthal qui a émis cette hypothèse. Pour lui la dessiccation de l'air est la cause première de l'altération de la muqueuse pituitaire. L'atmosphère habituelle dans laquelle nous vivons et qui est le plus souvent dans un état hygroscopique inférieur à la normale (chauffage-calorifère) conduit peu à peu la muqueuse nasale aux modifications anatomiques qui constituent son atrophie. Tout d'abord les glandes muqueuses réagissent violemment et entrent en hypersécrétion ; mais bientôt les glandes ne fonctionnent presque plus, la muqueuse devient sèche, les vaisseaux sous-jacents s'oblitèrent plus ou moins, la nutrition se ralentit et l'atrophie est constituée.

Freudenthal, comme preuve de l'influence de l'état de dessiccation de l'air sur la muqueuse nasale, nous décrit ce qui se passe dans l'alopécie ou dans la formation des bouchons de cérumen, phénomènes qu'il veut rapprocher de l'évolution de la rhinite atrophique. L'alopécie se développe parce que les personnes qui en sont atteintes s'exposent trop longtemps, dit-il, à un air surchauffé et qui n'est pas assez humide.

Les pellicules chez le séborrhéique, qui sont consti-

tuées par le sébum et l'épithélium desséché, peuvent être comparées aux croûtes qui s'étalent sur la muqueuse nasale dans l'ozène. A la période séborrhéique succède la période de sclérose, de dessiccation ; c'est la chute des cheveux.

La production de bouchons de cérumen peut aussi, d'après Freudenthal, être expliquée de la même façon. Trop grande sécheresse de l'air amenant hypersécrétion des glandes cérumineuses. Puis le cérumen trop desséché ne peut plus être éliminé au dehors du conduit auditif, il se concrète sous forme de masses plus ou moins abondantes et durcit sur place.

Hypersécrétion, dessiccation, atrophie, telles sont donc les trois étapes que suit l'évolution de la rhinite atrophique avant d'être constituée définitivement.

Mais l'atrophie n'est pas tout dans l'ozène : il y a, en outre, des croûtes abondantes et fétides.

Freudenthal admet, pour expliquer ces deux symptômes, l'invasion et le développement d'un bacille saprophyte, le diplocoque de Friedländer par exemple, qui convertit l'atrophie en ozène.

Dans l'esprit du rhinologiste de New-York, il existe donc une distinction très nette entre le processus qui amène l'atrophie de la muqueuse et l'infection qui s'y greffe dans la suite.

Théorie de la métaplasie épithéliale

Elle a été soutenue par Volkmann, par Schuchardt, par Leifert, par Siebenmann. C'est sous cette influence héréditaire que la pituitaire se transformerait au point de vue histologique sans qu'on puisse s'expliquer sous quelle influence occasionnelle cette transformation aurait lieu. Les cellules muqueuses feraient place à des cellules épidermiques et les sécrétions que produiraient ces dernières deviendraient stagnantes et fétides.

Cette théorie, bien fantaisiste à vrai dire, trouve deux objections principales :

1° Le contact d'un simple corps étranger peut provoquer cette métaplasie sans que cependant la fétidité des sécrétions et l'apparition des croûtelles en découlent ;

2° D'autre part tous les ozéneux ne présentent pas une métaplasie de leur pituitaire. E. Fraenkel, qui a bien étudié l'anatomie pathologique de cette affection, déclare que la substitution des cellules épidermiques aux cellules muqueuses est inconstante.

Théorie de l'ostéomalacie

Cholewa a soutenu que l'atrophie était due à un processus ostéomalacique absolument semblable dans cette région du corps à celui que l'on observe quelquefois en d'autres territoires osseux. Dans la rhinite atrophique, le tissu osseux serait, d'après Cholewa, le premier frappé. Les canaux de Havers et les espaces médullaires se résorberaient par suite de la disparition des sels calcaires ; les vaisseaux s'atrophieraient, et l'atrophie après avoir gagné l'os atteindrait la muqueuse.

Cette théorie ostéomalacique n'a pas retenu l'attention des observateurs, car il a été facile de lui opposer les arguments suivants :

D'abord, elle n'explique pas l'ozène trachéal qui peut être primitif d'après Simionescu et qui apparaît loin du tissu osseux pouvant le produire. En outre, la pituitaire est une muqueuse très richement vascularisée et les anastomoses entre vaisseaux sont nombreuses ; dans ces conditions on s'explique mal qu'elle puisse souffrir de dénutrition simplement parce que le plan osseux sous-jacent à elle est atrophié.

La rhinite atrophique est d'origine syphilitique

La localisation des lésions syphilitiques sur les fosses nasales est si fréquente, surtout dans la période tertiaire, qu'on a pensé que l'ozène pourrait bien peut-être être dû au virus de la syphilis.

Bien des auteurs ont cru au rôle étiologique de la syphilis dans la production de l'ozène. Lisons en effet la description de l'ozéneux telle qu'elle est faite dans nos livres classiques et reportons-nous ensuite à ce qu'a écrit Fournier au sujet des lésions nasales dans son chapitre des stigmates de l'hérédo-syphilis, nous serons surpris de la similitude des deux descriptions. Il faut ici faire une distinction. Certaines lésions de la syphilis nasale tertiaire ou de la syphilis héréditaire tardive prennent l'apparence parfaite des lésions de l'ozène quand elles sont avancées ; elles communiquent même à l'haleine une odeur caractéristique qui peut tout à fait être comparée à celle de l'ozène. Bien que certains observateurs, entre autres Ruault dans son article du Traité de médecine, aient soutenu cette opinion de la transformation possible de la rhinite tertiaire ou hérédo-syphilitique tardive en ozène vrai, qui serait non plus syphilitique, mais

d'origine syphilitique, on ne peut admettre que tous les ozéneux soient des syphilitiques ; ils présenteraient dans ce cas certainement d'autres stigmates qui viendraient confirmer l'étiologie de l'affection nasale, et ce n'est certes pas là un fait d'observation courante.

Dans sa thèse récente (Paris, 1908) Lasaygues a cru pouvoir reprendre et soutenir cette théorie de l'origine hérédo-syphilitique de l'ozène.

Son argument est la constatation du grand nombre d'ozènes que l'on voit évoluer sur les sujets scrofuleux et la tendance actuelle de plus en plus marquée d'englober dans l'hérédo-syphilis les lésions dites scrofuleuses. Nous ne voyons pas en quoi la ressemblance pourrait être notée entre l'ozène scrofuleux et les stigmates de l'hérédo-syphilis du côté du nez. Et d'ailleurs cet ozène scrofuleux n'existe pas pour les rhinologistes. C'est suivant l'expression de Moure un *coryza pseudo-atrophique strumeux*, mais ce n'est pas un ozène vrai.

Il existe bien là aussi une certaine atrophie des cornets ; la sécrétion est souvent abondante, mucopurulente, des croûtes peuvent même se former plus ou moins épaisses, mais elle n'ont jamais l'épaisseur des croûtes du véritable ozène, elles n'en ont pas l'adhérence et surtout elles n'en ont pas la fétidité. Dans le coryza pseudo-atrophique strumeux que Moure a très bien différencié de la punaisie on note la présence de végétations adénoïdes et souvent d'engorgements ganglionnaires curieux. On voit donc qu'on ne peut l'assimiler à l'ozène vrai.

Si d'autre part l'ozène, comme le prétend Lasaygues, doit entrer dans le nombre des complications tardives de l'hérédo-syphilis, le traitement spécifique qui réussit si bien dans les gommes, les fontes osseuses nasales, et même dans les nécroses quelquefois très étendues des os

faciaux, aurait sans doute sur l'ozène une influence très nette. Le mercure et l'iodure n'ont jamais rien fait sur l'évolution de la rhinite atrophique. Sur un très grand nombre d'ozéneux le Dr Jouty a essayé le traitement mixte et pendant longtemps. Jamais, même avec l'iodure à haute dose, qui donne de bons résultats dans les lésions tertiaires, jamais il n'a obtenu d'amélioration notable des lésions nasales. Ce traitement, chaque fois qu'il l'a employé, n'a été prescrit que comme traitement d'épreuve, puisque jamais il ne lui est arrivé de noter chez un ozéneux, en dehors de la lésion nasale, des stigmates de syphilis héréditaire.

La rhinite atrophique serait due à une anomalie congénitale des fosses nasales. — Elargissement trop accentué.

Cette théorie pathogénique a été donnée par Zaüfal. C'est l'élargissement excessif des fosses nasales qui, d'après lui, expliquerait la production de l'ozène. Le courant d'air se faisant moins fort dans ces fosses nasales, l'air expiré a peine à en chasser les mucosités qui peuvent stagner à la surface de la muqueuse ; d'où décomposition sur place de ces mucosités.

Hoffmann et Gerber ont en effet constaté par des mensurations précises une déformation des fosses nasales chez les ozéneux marquée toujours par du raccourcissement. Siebenmann et Meister ont noté aussi la fréquence de la forme courte et aplatie du nez chez ces malades. Les constatations de ces auteurs sembleraient de prime abord confirmer l'opinion de Zaüfal. Les résultats obtenus par Moure et Brindel avec l'injection de paraffine sous la muqueuse des cornets qui reconstitue le volume du cornet et rétrécit par conséquent la fosse nasale des ozéneux semblent aussi souligner le bien-fondé de la théorie de Zaüfal.

En s'inspirant de ces idées, Gottstein avait autrefois obtenu aussi des résultats satisfaisants en tamponnant les fosses nasales avec de gros cylindres de ouate; on avait aussi essayé d'exclure les fosses nasales du canal respiratoire pour un certain temps en oblitérant la partie antérieure par différents moyens. Barth et Sänger préconisèrent également dans ce but d'occlusion des opérations plastiques.

Malgré les résultats obtenus, l'idée par trop simpliste de l'élargissement du canal nasal comme cause essentielle de la rhinite atrophique n'a pas prévalu.

Critiques qu'on peut adresser à cette théorie

1° Chaque fois que des mucosités, pour une cause ou pour une autre, stagnent à la surface de la muqueuse pituitaire, il n'y a pas fatalement ozène.

2° Il existe des rhinites marquées par l'atrophie de la muqueuse pituitaire et dans lesquelles aussi des mucosités séjournent longtemps au niveau des fosses nasales, et cependant ces rhinites ne présentent pas les caractères de l'ozène.

3° Si l'élargissement du canal nasal devait amener sûrement la production de l'ozène, le chirurgien ne pourrait faire aucune turbinectomie, aucune ablation d'éperon ou résection du septum sans provoquer du côté opéré cette complication : l'ozène, autrement plus grave que l'affection première. Cependant nous avons vu pratiquer beaucoup d'interventions opératoires endonasales de cette sorte sans qu'il y ait eu après elles apparition de croûtes fétides et d'atrophie de la muqueuse nasale.

4° Beaucoup d'ozéneux portent un nez étroit dans un visage dolichocéphale. Dans le service du docteur Jouty, à Oran, c'est même le type facial le plus fréquemment rencontré parmi les consultants qui appartiennent pour la plus grande partie à la population espagnole ou juive de la ville.

Rappelons, pour l'opposer à l'opinion de Zaüfal, que Tillot de Saint-Christaux qui a vu beaucoup d'Espagnols atteints d'ozène avait cru que l'étroitesse des fosses nasales était peut-être la cause de la rhinite atrophique.

5° Les résultats obtenus dans le traitement de l'ozène par les injections sous-muqueuses de paraffine n'apportent pas d'argument en faveur de la théorie de Zaüfal, parce qu'il est bien prouvé à l'heure actuelle que ce n'est pas en rétrécissant les fosses nasales que ce traitement agit, mais bien en excitant en quelque sorte la nutrition de la muqueuse. Il se passe en effet, comme le dit Lermoyez en termes très heureux, une « irritation substitutive » à l'endroit où la paraffine a été placée. Pour exciter le développement d'une néoformation osseuse compensatrice à la suite de résections, de fractures à cal difficilement obtenu, de perte de substance trop lentement réparable, n'a-t-on pas essayé quelquefois de placer dans l'intérieur de la plaie osseuse des morceaux d'ivoire qui dans l'esprit des chirurgiens devaient être une amorce pour le travail osseux réparateur, une sorte d'épine irritante vis-à-vis du tissu environnant. Les injections de paraffine rappellent un peu cette méthode.

Bien que la théorie de Zaüfal ne satisfasse pas l'esprit, elle explique cependant certains faits d'ozène unilatéral et par là elle a eu comme un regain de faveur à la suite de la communication qu'a faite Mermod (de Lausanne) au Congrès international de Vienne, en avril 1908.

Il existe certainement des ozènes unilatéraux, et pour notre part nous en avons observé plusieurs. Or quand l'ozène n'existe pas d'un seul côté, c'est du côté devenu le plus large par suite d'une déviation de la cloison.

Si l'ozène est bilatéral et s'il existe une légère déviation de la cloison, le côté le plus atteint est toujours le côté où la fosse nasale est le plus large. Ces faits ont été constatés par beaucoup de rhinologistes, mais jusqu'ici ils n'avaient pas attiré grandement l'attention. Mermod a eu le mérite de les mettre en valeur.

Que voit-on, dit-il, dans les cas typiques de ce genre? Je veux dire ceux dans lesquels la courbure de la cloison est assez forte pour qu'une des narines soit effacée au bénéfice de l'autre ? Du côté élargi, c'est le tableau bien connu de l'ozène classique, sécheresse, croûtes, fétidité, atrophie du cornet inférieur, atrophie ou hypertrophie du cornet moyen ; du côté rétréci, c'est la rhinite catarrhale ordinaire consécutive à l'obstruction mécanique, sans croûtes ni atrophie, mais avec une sécrétion catarrhale muqueuse se déversant en avant ou dans le cavum. Et l'on ne peut objecter ici qu'il n'est pas étonnant que la narine rétrécie n'ait pas de croûtes, l'espace nécessaire manquant pour cela ; car il y a plus que l'absence de croûtes, je le répète, la sécheresse et l'atrophie faisant aussi défaut. Les signes subjectifs : le malade respire aussi mal d'un côté que de l'autre, puisqu'il ne sait pas distinguer entre l'obstruction due à une gibbosité de la cloison et celle causée par la sécheresse et l'accumulation de croûtes ; mais il affirme qu'il ne mouche ses croûtes vertes que d'un côté et des mucosités ordinaires de l'autre côté.

Mermod ne dit pas que l'ozène a apparu du côté élargi à cause de cet élargissement même. En effet nous savons

que dans les cas de déviation du septum, et il le rappelle, il existe une sorte d'hypertrophie compensatrice de la muqueuse des cornets inférieurs du côté élargi. Mermod dit cependant qu'il croit possible l'influence de l'élargissement de la fosse nasale sur l'évolution de l'ozène, élargissement étant une cause prédisposante permettant aux autres facteurs invoqués (microbes, suppuration des cavités annexes, trophonévroses, etc.) d'agir plus efficacement.

Son opinion est établie sur les résultats heureux qu'il a obtenus dans ces cas d'ozène unilatéraux en faisant la résection sous-muqueuse de la cloison nasale déviée.

Voici parmi les observations qu'il a relatées deux qui nous semblent typiques et bien faites pour faire accepter jusqu'à un certain point la théorie de Zaüfal.

1re *Observation de Mermod.* — Alfred M.., Suisse, 18 ans, rhinite atrophique depuis son plus jeune âge. Il y a trois ans, je lui appris à irriguer convenablement son nez et lui fis pendant longtemps des frictions, massages au phénol sulfo-riciné. Revu le 2 janvier dernier : tableau typique de la rhinite atrophique fétide ; la famille est incommodée par l'odeur. Le processus est uniquement localisé dans la narine gauche très large, par déviation du septum ; toutes les parois sont tapissées d'épaisses croûtes verdâtres, séparées de la muqueuse atrophiée par une couche de muco-pus : cornet inférieur réduit en une mince saillie, surtout dans sa moitié antérieure. Du côté droit la cloison touche le cornet inférieur qui n'est nullement atrophié ; pas de croûtes, seulement des mucosités catarrhales. Respiration habituellement buccale ; pharyngite sèche ; la voix est fréquemment couverte, les

cordes vocales étant quelque peu croûteuses sans que l'on puisse parler cependant d'ozène laryngo-trachéal. Résection sous-muqueuse de la cloison pratiquée le lendemain. Les résultats constatés trois mois après peuvent être appelés brillants ; la famille est enchantée surtout de la disparition absolue de la fétidité, malgré l'absence de lavage. La muqueuse est encore atrophiée, mais humide et sans aucune croûte ; larynx propre et voix claire.

2e *Observation de Mermod.* — Alice F.... 22 ans, est une malade que j'ai soumise aux traitements les plus divers sans succès, sauf qu'à force de soins de propreté, elle parvient à atténuer son mal. Elle souffre surtout de fétidité et, sur le point de se fiancer, le sentiment de son infirmité répugnante la plonge dans un état de mélancolie inquiétant. C'est un nouveau cas typique d'ozène unilatéral gauche avec déviation prononcée de la cloison à droite. Ayant cru voir la cause dans une carie ethmoïdale, j'ai pratiqué plusieurs curettages endonasaux sans amener d'améliorations appréciables. Je soumets le cas à l'auteur bien connu du coccobacillus fœtidus ozenæ, mon ami le Dr Pérez (de Buenos-Ayres), alors de passage chez moi et qui n'hésite pas à poser le diagnostic d'ozène typique fétide. Je ne m'arrête pas aux signes objectifs qui sont exactement les mêmes que ceux du malade de l'observation précédente.

Après la résection sous-muqueuse, la réaction est intense et pendant le premier mois les croûtes sont si abondantes et si épaisses que je pense être en présence d'un échec absolu ; ensuite amélioration progressive. J'ai revu la malade, il y a une quinzaine, trois mois après l'opération, et j'ai eu le plaisir de constater une améliora-

tion extraordinaire : non seulement les croûtes ont cessé de se produire, mais l'atrophie de la muqueuse, surtout celle du cornet inférieur, a tellement diminué, qu'on a de la peine à croire à l'existence d'un ancien ozène. La malade a renoncé aux lavages dont la nécessité quotidienne était, dit-elle, « une croix de sa vie.

La rhinite atrophique est d'origine sinusienne

Cette opinion a été soutenue autrefois par Vieussens et Reininger. C'est Grunevald surtout qui a parlé de l'origine sinusienne de la rhinite atrophique et il a défendu cette théorie de tout temps. Michel, Hajek, Bresgen, Jacques, Tessier se sont ralliés à son opinion. C'est tantôt le sinus sphénoïdal ou les cellules ethmoïdales qui sont incriminées comme recélant primitivement le catarrhe qui plus tard s'étendra à la muqueuse des fosses nasales et couvrira cette dernière de mucosités croûteuses (Michel) ; ou bien la rhinite atrophique fétide proviendra d'une sinusite frontale ou maxillaire dans la plupart des cas (Jacques).

Malgré tous les efforts de ses défenseurs, comme le dit Lermoyez, la théorie sinusogène de l'ozène n'a pas pu après dix ans de débats obtenir du jury médical un verdict favorable. On peut lui opposer en effet des arguments très sérieux :

1° D'abord l'ozène débute généralement dans l'enfance (Félix Semon ne l'a vu qu'une seule fois commencer après trente ans) et les sinusites s'observent ordinairement à l'âge adulte.

2° L'altération de la muqueuse dans l'ozène se traduit par son atrophie très prononcée ; dans les sinusites, au contraire, on rencontre toujours au niveau de la muqueuse nasale, surtout dans les méats, des hypertrophies muqueuses étendues ou localisées. Les polypes muqueux sont en effet la règle au cours des sinusites et la fosse nasale correspondant au sinus atteint en est souvent littéralement bourrée. Il y a bien loin de cette forme hypertrophique oblitérante de la sinusite à l'atrophie élargissant considérablement les fosses nasales de l'ozène.

3° D'autre part nous savons que le traitement ordinairement employé contre les sinusites est généralement efficace ; il n'en est pas ainsi de ceux dirigés contre la rhinite atrophique. Il existe donc une différence notable dans la nature même de ces affections.

La rhinite atrophique serait due à une inflammation chronique banale de la muqueuse amenant dans la suite la dégénérescence des glandes d'abord, puis l'atrophie de la muqueuse et du squelette ostéo-cartilagineux (Gottstein).

L'étude histologique des lésions peut bien à la rigueur justifier cette conception. Habermann, qui a étudié les lésions histologiques de la rhinite atrophique, a vu que les altérations débutaient toujours par les glandes ; les lésions des autres éléments constitutifs de la muqueuse, de la sous-muqueuse et de l'os seraient secondaires. Il y aurait deux périodes bien distinctes dans l'évolution du processus inflammatoire : une période de tuméfaction catarrhale, de congestion accompagnée d'un apport considérable d'éléments jeunes d'infiltration ; c'est la période hypertrophique qui a été observée par beaucoup d'auteurs ; ensuite succèderait à cette tuméfaction un stade fibreux atrophique.

La rhinite atrophique est une trophonévrose

Zarniko a prétendu que cette modification spéciale qui caractérise la muqueuse nasale de l'ozéneux était sous la dépendance étroite du système nerveux de cette muqueuse.

L'ozène serait une dystrophie dont la nature nous échappe encore. Le processus gagnerait simultanément la muqueuse et l'os sous-jacent. La vitalité des tissus s'amoindrit peu à peu. L'os entre petit à petit en résorption ; au-dessus de lui, en même temps, la muqueuse s'atrophie et sa transformation métaplasique s'opère : les cellules muqueuses font place à des cellules épidermiques. De plus les glandes sont altérées et leur sécrétion devient insuffisante pour lutter contre les germes venus du dehors ; alors les infections de natures différentes se développent ; les microbes pullulent à leur aise sur un terrain qui ne se défend plus ou se défend mal.

La grande objection que l'on peut faire à cette théorie, c'est que très fréquemment l'ozène débute par un stade d'hypertrophie de la muqueuse. Gottstein, Schæffer, Moure, B. Fraenkel, Boulay, etc., ont admis en effet le stade de tuméfaction de la muqueuse précédant la période atrophique.

Il existe cependant, devrais-je dire, un fait d'observation nié par personne qui pourrait être en faveur de l'idée de la trophonévrose : c'est l'absence d'ulcération sur la muqueuse nasale dans l'ozène, et en effet nous ne sommes pas habitués à voir évoluer une infection quelconque sur une muqueuse sans qu'à une période du processus inflammatoire n'apparaissent des ulcérations plus ou moins profondes, plus ou moins étendues à la surface de cette muqueuse.

Cette idée pathogénique de la dystrophie est chère au docteur Jouty, et à examiner ses ozéneux devant nous il y est revenu souvent. La cause de la dystrophie est à rechercher, à expliquer, dit-il, mais il semble bien que sur le rhino-pharynx commence d'abord un processus de dystrophie, de déséquilibre nerveux.

L'ozène ferait partie d'un syndrome adénoïdien consécutif à des troubles trophiques sous la dépendance d'une modification de la fonction thyroïdienne.

Telle est la conception nouvelle qui a été exposée par Delacour après un examen long et minutieux portant sur plus de 200 sujets porteurs de rhinite atrophique fétide. C'est aussi une théorie trophonévrotique et à ce titre elle doit être rapprochée de celle de Zarniko qui détermine la nature des lésions nasales sans les expliquer. Voici en quels termes Boulay rend compte de la théorie de Delacour : « Admettre entre l'ozène, l'hypertrophie des amygdales, les végétations adénoïdes, le catarrhe nasal hypertrophique, l'appendicite chronique, un étroit degré de parenté, les considérer comme des affections de la même famille, est une conception qui de prime abord peut paraître singulièrement osée. Si l'on considère cependant que des cliniciens de jadis, et non des moindres, Cazenave et Trousseau par exemple, pour qui l'ozène était, comme l'hypertrophie des amygdales, la manifestation d'un état constitutionnel herpétique ou lymphatique, avaient déjà signalé entre plusieurs d'entre elles un certain air familial,

on songera moins à s'étonner et l'on constatera seulement une fois de plus que, pas plus aujourd'hui qu'au temps de l'Ecclésiaste, il n'y a rien de nouveau sous le soleil. Et puis notre ignorance sur l'étiologie et la pathogénie de ces affections est si absolue, les raisons de l'auteur à l'appui de ses idées sont si séduisantes, qu'il faut lui savoir gré de nous suggérer sur ce sujet une opinion défendable : peut-être n'est-elle pas l'expression de la vérité, à coup sûr elle est celle de la vraisemblance. »

Appendicite, hypertrophie des éléments de l'anneau lymphatique de Waldeyer, ozène avec ses deux périodes d'évolution : hypertrophique et atrophique, toutes ces affections peuvent être, suivant Delacour, rapprochées l'une de l'autre en ce sens qu'elle sont marquées chacune par l'atteinte du tissu adénoïde. Et en dehors de ces lésions locales existe une altération plus ou moins profonde de la nutrition révélée par différents signes qui particularisent nettement cette catégorie de malades qui manifestent les caractères spéciaux de leur terrain. Ce sont des *adénoïdiens*.

Les symptômes de l'adénoïdisme que Delacour a cherché à mettre en relief chez les ozéniques sont très nombreux et très divers : tous cependant démontrent le trouble trophique héréditaire ou acquis.

Voici l'énumération des signes que Delacour a pu dépister :

Anomalies osseuses	Ogévité de la voûte palatine presque aussi fréquente que chez les porteurs de végétations adénoïdes.
Troubles de la dentition	Chute prématurée des dents de lait. Incisives striées ou dentelées, mal placées et mal orientées, chevauchant les unes sur les autres. Incisives médianes supérieures géantes accompagnées d'incisives latérales naines.
Anomalies oculaires	Dépigmentation partielle de la choroïde, astigmatisme, staphylome postérieur, exagération de l'excavation physiologique de la papille. Insuffisance de la convergence. Ecart prononcé des yeux. Epicanthus. Atrophie des caroncules lacrymales. Ptosis double d'origine congénitale.
Troubles trophiques des poils et des ongles.	Extrémité des cheveux bifide. Ongles marbrés de zones blanches.
Différents autres symptômes témoignant d'une nutrition générale défectueuse	Pouls fréquent. Troubles gastriques. Abaissement du taux de l'urée et des phosphates dans l'urine. Diminution de la toxicité urinaire. Cryesthésie. Asthénie. Bourdonnements indépendants de toute lésion auriculaire. Légers vertiges. Céphalée, etc.

Delacour explique l'apparition de ces signes tantôt par une *intoxication acquise*, tantôt par une *intoxication fœtale*. L'ozène serait donc, d'après lui, la manifestation neurotrophique locale d'une intoxication, fœtale le plus souvent, qui apparaît de bonne heure après la naissance, ou bien a besoin pour se développer, lorsqu'elle apparaît tardivement, d'une infection surajoutée : diphtérie, scarlatine, varicelle, etc. Ce n'est pas seulement chez les ozéniques que l'on peut dépister ces signes : ils existent également chez les sujets qui présentent de la rhinite hypertrophique chronique, de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, des tonsilles et de l'appendicite.

Les rapports entre l'hypertrophie amygdalienne et d'une façon générale entre l'hypertrophie du tissu adénoïde de l'anneau de Waldeyer et l'appendicite ont été mis en lumière par Pilliet. Rappelons aussi que Letulle a trouvé, au niveau de l'appendice, des lésions qui se rapprocheraient beaucoup de celles de l'ozène. L'ozène et l'appendicite sont deux maladies très fréquemment observées en Angleterre et en Amérique.

Mais il faut entre toutes ces affections qui caractérisent ce que Delacour appelle le syndrome adénoïdien un lien commun. Quelle est l'influence pathogénique qui particularise ainsi le terrain, qui peut expliquer tous les symptômes de l'adénoïdisme et le déficit trophique? Delacour croit pouvoir la trouver dans la fonction thyroïdienne dont l'insuffisance serait la cause fondamentale de tous ces troubles de nutrition.

La relation entre l'ozène et la fonction thyroïdienne a été mise en évidence par Higguet à la séance du 28 juin 1907 de la Société de rhinologie de Bruxelles. Higguet avait pratiqué récemment l'extirpation d'un goître chez un malade qui était porteur également d'une rhinite atro-

phique fétide très intense. Peu après l'intervention opératoire sur la thyroïde, les sécrétions nasales diminuèrent considérablement. L'auteur s'est demandé s'il n'y avait pas une relation quelconque entre la disparition de la glande et la régression de l'ozène. Quoi qu'il en soit, il était utile de rapprocher l'observation de Higguet de la théorie de Delacour.

La rhinite atrophique est peut-être due à une dystrophie causée par un trouble dans la fonction de certaines glandes à sécrétion interne de l'organisme (Dr Jouty).

Nous exposons ici sommairement l'hypothèse formulée bien des fois devant nous par notre maître, le docteur Jouty. Voici ses idées à ce sujet : On connaît les relations qui unisssent le fonctionnement de la pituitaire avec le système génital.

Fliess, Schiff, Freund (de Strasbourg), Collet nous les ont bien fait connaître : Anosmie, dysménorrhée, hyperhémie nasale, anesthésie, paresthésie, épistaxis peuvent être la conséquence du côté du nez d'un état physiologique déterminé dans la sphère génitale. Le trouble circulatoire, du côté de la pituitaire, est produit par une action nerveuse de nature réflexe. Mais il peut fort bien se faire qu'une altération du fonctionnement des glandes génitales à sécrétion interne (testicule, ovaire, retentisse aussi sur le territoire nerveux du nez, que cette réaction nasale soit de nature réflexe ou humorale.

Cette conception originale du Dr Jouty est basée sur l'observation de quelques faits semblables à ceux-ci :

1° Une jeune fille de quatorze ans environ est soignée par notre maître pour une rhinite atrophique fétide depuis deux ans ; tous les moyens habituellement employés échouent. Découragés, les parents abandonnent le traitement. Quelques mois après les règles s'établissent chez la jeune fille et dès lors les symptômes de la rhinite atrophique (sécrétions abondantes, croûtes, fétidité de l'haleine, gêne de la respiration nasale) s'atténuent progressivement et si bien que la malade n'est plus incommodée du tout par son affection.

2° Une jeune fille que soignait le docteur Jouty pour de l'ozène vrai sans avoir obtenu sur elle par les moyens habituels autre chose qu'une amélioration, se marie et dès lors tous les symptômes de l'affection nasale régressent. Deux ans après son mariage, elle revient consulter notre maître pour son enfant, atteint d'une affection banale de la gorge. Interrogée elle-même sur l'état de sa muqueuse nasale, elle répond que depuis son mariage toutes les lésions ont disparu, et, en effet, l'examen de ses fosses nasales permet de s'en rendre compte.

En résumé, sans aller jusqu'à prétendre que c'est dans cette voie que nous devons nous orienter pour la solution pathogénique de la question de l'ozène, le docteur Jouty pense que l'idée d'un trouble neurotrophique comme cause primordiale de l'affection ne doit pas être complètement abandonnée sous la pression des idées nouvelles d'infection, de contagion et de spécificité. Sous quelle dépendance le trouble trophique se trouve-t-il ? Il est bien difficile de savoir s'il est dû toujours à la même cause ou s'il est provoqué par des altérations fonctionnelles multi-

ples. Peut-être un état humoral spécial créé par une maladie générale (tuberculose, syphilis, etc.) en favorise-t-il la production? Peut-être l'insuffisance fonctionnelle de telle ou telle glande vasculaire de l'organisme est-elle la lésion originelle qui amènera la dystrophie de la pituitaire. En tous cas, la dystrophie dans la rhinite atrophique sera la première manifestation morbide, et c'est à sa faveur que le microbisme, qui n'a peut-être rien de spécifique, entrera en jeu ; mais le trouble nerveux de la pituitaire restera toujours le fait dominant. Telle est l'hypothèse suggérée par certains faits d'observation.

En ce qui concerne le rôle possible de l'insuffisance d'une glande vasculaire retentissant sur l'état trophique de la pituitaire, à côté de nos observations, nous pourrions citer le fait similaire rapporté par Higguet (de Bruxelles) à la séance du 28 juin 1907 de la Société belge de rhinologie. Higguet avait pratiqué l'extirpation d'un goître chez une personne atteinte d'un fort ozène, et il fut surpris de voir les sécrétions nasales diminuer considérablement peu de temps après son intervention.

Théories infectieuses de l'ozène

Elles peuvent être divisées en deux catégories : celles qui reconnaissent un agent spécifique de la contagion propre à l'ozène, et les autres qui font rentrer cette affection nasale dans la classe des tuberculoses.

Mais, avant d'exposer les unes et les autres, il faut établir que l'ozène est contagieux pour prouver la vérité de l'infection.

LA CONTAGION DE L'OZÈNE

Les premiers faits de contagion de l'ozène ont été rapportés par Fernand Pérez (de Buenos-Ayres) et Vaquier (de Tunis), puis par Lermoyez :

1° Une femme de 40 ans est nettement atteinte d'ozène très ancien, pour lequel je la soigne régulièrement. Dès sa jeunese elle a mouché des croûtes fétides ; et, aujourd'hui encore, elle ne peut masquer sa cacosmité que par d'abondantes irrigations nasales.

Les cornets inférieurs ont à peu près disparu. La

pituitaire est pâle, rétractée, mais demeure humide, grâce aux soins incessants du nez. Au bout de deux ans, elle m'amène un jour sa fille âgée d'une vingtaine d'années. Peu attentive, elle vit en promiscuité avec celle-ci, sans précaution, sans propreté, usant des mêmes objets de toilette, lui prêtant ses mouchoirs.

Depuis quelques années, cette jeune fille a perdu l'odorat et mouche des croûtes dont la mère également anosmique a longtemps ignoré la fétidité. Chez elle existait aujourd'hui à l'intérieur du nez les lésions atrophiques sèches caractéristiques de l'ozène ; extérieurement pas de déformation, c'est le nez mince et busqué d'une juive au milieu d'un visage leptoprosope.

2° Une jeune femme de 25 ans m'est conduite par son mari, médecin, qui se plaint de la fétidité de sa respiration. Elle porte en effet un ozène dont le début remonte à plus de dix ans et qui était dissimulé par une toilette méticuleuse. Extérieurement le nez n'est nullement platyrrhinien. Intérieurement, on voit de larges fosses nasales ozéneuses typiques dont la muqueuse demeure sèche et pulvérulente, malgré les lavages. En outre, pharyngo-laryngite sèche. Quelques semaines plus tard, je constate la même maladie chez son frère, qu'elle paraît avoir contaminé vers l'âge de quinze ans, dans la promiscuité insouciante des jeux. Celui-ci mouche aujourd'hui des croûtes fétides, sortant d'un antre nasal croûteux et béant.

3° Une fillette de 18 mois est soignée depuis sa naissance par une servante ozéneuse ; elles ont chambre et objets communs. Cette femme n'avait pas caché sa maladie à ses maîtres ; mais un médecin, classique anticontagion-

niste, avait déclaré qu'il n'en pouvait résulter aucun inconvénient pour l'enfant... Vers l'âge de 15 mois apparaît chez celle-ci une cachexie à marche rapide ; sans fièvre, elle pâlit, maigrit et refuse toute nourriture autre que du lait.

Un traitement général antianémique (?) n'a aucun effet. Un jour la mère s'aperçoit que la fillette sent mauvais du nez sans qu'elle ait eu cependant jamais d'écoulement nasal. Elle me l'amène à tout hasard. Et je constate avec surprise, sans rien qui puisse faire penser à de la syphilis héréditaire, des fosses nasales oblitérées par de véritables écailles vertes et puantes ; au-dessous de ces croûtes, la muqueuse nasale présente le maximum d'atrophie des ozènes invétérés. Les soins du nez ont rapidement rétabli la santé générale : l'ozène persiste.

4° Une de mes malades d'hôpital, ozéneuse renforcée, épouse, malgré mes remontrances, un jeune homme dont j'avais pu antérieurement constater l'intégrité nasale. Quelques mois plus tard, celui-ci se met à moucher du pus fétide. Quand je le vis au bout de 18 mois, il était déjà nettement ozéneux. L'enfant né de ce mariage commença, à six mois, à jeter du pus nasal vert et puant.

Pérez qui depuis longtemps défend l'idée de contagion de l'ozène a groupé les cas de contagion évidente qu'il lui a été donné d'observer en quatre catégories :

Cas de contagion humaine d'origine familiale.

Cas de contagion humaine d'origine non familiale.

Cas de contagion canine probable.

Cas de contagion à origine indéterminée.

Voici parmi les observations de Pérez quelques-unes prises au hasard.

Contagion humaine familiale

Charles A..., 20 ans. Ozène typique. Mère ozéneuse morte d'urémie ; père mort du cœur.

Marie, sœur, 26 ans, ozène ; Florinde, sœur, 25 ans, ozène.

Rodolphe L..., 5 ans, ozène typique. Mère, rien au nez. Père, rien au nez. Aurélie, 17 ans ; Américic, 16 ans ; Armand, 11 ans, ozène ; Angélique, 9 ans, ozène ; Rodolphe, 5 ans, ozène ; Nélida, 2 ans, ozène ; Radamès, 40 jours, rien au nez.

Céline M..., 6 ans, ozène. Mère, ozène ; père, pas examiné. Angèle, 28 ans, ozène ; Eugénie, 26 ans, ozène ; Rosario, 24 ans, ozène ; Laurent, 22 ans, pas examiné ; Thomas, 20 ans, rien au nez ; Anunzia, 14 ans, ozène ; Antoine, 12 ans, ozène ; André, 8 ans, ozène.

Sur les 11 personnes, il y a 8 cas d'ozène.

Contagion humaine non familiale

Rosita B..., 14 ans, ozène type. J'examine la mère et deux frères, ils n'ont rien dans le nez. Le père est mort d'une maladie de cœur ; R. B... serait malade depuis l'âge de 8 ans Quand elle avait 7 ans, elle habitait chez

une amie, Adèle L..., atteinte d'ozène. R. B... annonce qu'elle se mouchait souvent avec les mouchoirs de son amie.

Aurore P..., 7 ans. Ozène caractéristique. J'examine le père, la mère et les deux sœurs, rien au nez. Elle a une tante, âgée aujourd'hui de 30 ans, qui a vécu avec elle ; je l'examine aussi et je constate qu'elle est atteinte d'ozène.

Raoul D..., 9 ans. Ozène type. J'examine la mère ; elle n'a rien au nez. Avant d'aller en pension, R. D. était déjà malade. Quand il avait 5 ans, il y avait à la maison une domestique qui mouchait des mucosités verdâtres, fétides, épaisses et très abondantes. Elle est restée à la maison pendant 28 mois.

Sara S..., 24 ans. Ozène depuis l'âge de 12 ans. Elle aurait été infectée par la fille d'une domestique qui vivait alors dans la maison et qui avait une maladie du nez caractérisée par des sécrétions fétides, épaisses, verdâtres. J'examine le père, la mère, un frère, ils n'ont rien au nez.

Contagion d'origine canine probable

François L..., 15 ans. Ozène type. Il est allé en pension à l'âge de 4 ans ; trois mois après il partait pour la campagne où il a vécu jusqu'à l'âge de 10 ans. Un an après son arrivée à la campagne, il commença à souffrir

beaucoup du nez. Il avait des mucosités très abondantes, fétides, verdâtres. Personne dans sa famille ni dans son entourage ne souffre de cette maladie. Il avoue avoir une passion pour les chiens. Depuis sa plus tendre enfance, il joue avec eux. Il a eu un chien qu'il aimait particulièrement au point de le mettre tous les soirs dans son lit. Pendant un certain temps ce chien a eu une rhinite avec sécrétions abondantes.

Les preuves de la contagion étant apportées et l'ozène étant accepté comme une infection, il fallait chercher le facteur essentiel de sa production, le microbe pathogène.

Plusieurs observateurs ont cru avoir trouvé le microbe spécifique de la rhinite atrophique.

La rhinite atrophique est une infection spécifique

Belfanti et Della Vedova avaient pensé que l'ozène était dû au *petit bacille diphtérique*. Il est peu probable cependant que ce soit lui qui cause la maladie, puisque les injections de sérum antidiphtérique n'ont donné aucun résultat dans son traitement.

Pes et Gradenigo ont décrit aussi un bacille dont la présence est loin d'être constante comme Auché et Brindel nous l'ont appris.

Löwenberg en 1884 avait signalé la présence fréquente ou presque constante dans les sécrétions croûteuses des ozéneux d'un coccobacille encapsulé.

Pérez qui l'a étudié nous dit qu'on le trouve, en effet, dans ces sécrétions, mais qu'il n'a pas un caractère spé-

cifique. Les cultures ne sont pas fétides. Inoculé à l'animal dans la pituitaire, il ne produit pas la rhinite atrophique, mais une inflammation banale (Schläfig). On ne semble donc lui donner qu'un rôle de saprophyte, mais en reconnaissant qu'il est capable de produire les infections secondaires comme le streptocoque dans la diphtérie ou l'influenza.

Fernand Pérez, dont on connaît la théorie de l'origine canine de l'ozène, a isolé un coccobacille qui paraît répondre parfaitement à toutes les exigences de la bactériologie pour mériter le nom d'agent spécifique :

1° Les cultures dégagent l'odeur spéciale de l'ozène dont la fétidité, en effet, est bien particulière ;

2° Lorsqu'on fait, sur un lapin par exemple, l'inoculation de cette culture, on peut produire une réaction de la pituitaire marquée par une sécrétion abondante, des mucosités épaisses, jaunes-verdâtres. Pérez a retrouvé sur la muqueuse nasale le microbe qu'il avait inoculé dans le sang ;

3° De plus, Pérez a observé l'atrophie complète des cornets inférieurs chez le lapin infecté par son bacille.

Les recherches expérimentales de Pérez ont été contrôlées par Lignières et Nocard. Nous devons dire cependant que jusqu'ici aucun autre auteur n'a fait les mêmes observations. Et tant que les résultats obtenus par le distingué rhinologiste de Buenos-Ayres ne seront pas confirmés, bien que reconnaissant toute la valeur de l'intérêt de ces recherches, nous ne pouvons pas encore considérer ces théories comme définitivement établies.

La rhinite atrophique serait de nature tuberculeuse

Cette idée a été soutenue récemment par Caboche et par Lombard.

Caboche a observé que chez beaucoup d'ozéneux les antécédents étaient lourdement chargés au point de vue de la tuberculose. D'autre part, il existait des cas de coexistence de lésions nasales ozéneuses avec d'autres lésions manifestement tuberculeuses, tels que lupus, trochantérite, etc. Caboche a voulu appuyer le résultat de ses observations cliniques sur des essais expérimentaux. Il a inoculé des fragments de cornets ozéneux dans la paroi abdominale du cobaye.

Aucun résultat positif n'a pu ainsi être obtenu. Cependant l'auteur ne croit pas que l'absence de réaction dans ces conditions soit un argument décisif contre son hypothèse ; car, dit-il, ne « sait-on pas combien il est difficile d'obtenir des résultats positifs par l'inoculation de tissu nettement tuberculeux comme le lupus? C'est souvent après de nombreuses tentatives infructueuses que le cobaye finit par être infecté, et tout le monde sait que cette difficulté a retardé beaucoup la solution de la nature tuberculeuse du lupus. »

En résumé, pour Caboche, la « rhinite atrophique serait une sorte de sclérose de la pituitaire sous la dépendance de toxines tuberculeuses, analogue en cela à certaines néphrites décrites récemment par Bernard et Salomon, et peut-être aussi certaines formes de cirrhose du foie. »

Nous pourrions ajouter aux arguments de l'auteur, pour appuyer sa théorie, que tout un groupe de lésions scléreuses tuberculeuses ont été mises aussi en valeur par Poncet et Leriche. La rhinite atrophique rentrerait dans ce groupe ?

Auclair a isolé en effet expérimentalement deux sortes de poisons tuberculeux, l'un produisant la sclérose, l'autre la caséification.

Il était intéressant de soumettre l'ozène à l'épreuve de la tuberculine, cette expérience devant éclairer d'un jour nouveau cette question de la rhinite atrophique, maladie tuberculeuse.

Lombard a fait cette expérience. Voici les résultats qu'il a apportés à la Société de laryngologie :

« Le sujet choisi était cliniquement indemne de toute manifestation tuberculeuse. Dans une première série d'expériences, il a réagi à des doses progressivement croissantes jusqu'à 8/10 de milligramme de tuberculine provenant de l'Institut Pasteur de Paris. La réaction s'est traduite par une élévation thermique de 8/10 de degré accompagnée de céphalée et de courbature. En même temps la muqueuse nasale apparut plus lisse, congestionnée, très modifiée dans son aspect. Est-ce là une réaction locale ?

» J'ai renouvelé l'expérience au bout de dix jours. Au lieu d'injecter des doses très faibles progressivement croissantes jusqu'à 8/10 de milligramme à intervalles

rapprochés, j'ai injecté d'emblée 8/10 de milligramme. 30 heures après l'injection, violente réaction générale de plus d'un degré avec phénomènes intenses : courbature, inappétence, céphalée ; enfin épistaxis assez profuse et continue pour causer quelque inquiétude à la surveillante de service. »

Telles sont nos connaissances à ce jour sur cette question de Pozène, maladie tuberculeuse. Elles ne sont pas suffisantes, de l'avis même de ceux qui ont mis cette idée en avant pour entraîner la conviction. Cependant les observations cliniques de Caboche, comme le fait expérimental de Lombard, méritent d'être enregistrés.

Peut-on tirer des conclusions de toutes ces théories différentes sur la pathogénie de l'ozène ?

A l'heure actuelle, il semble bien qu'au point de vue pathogénique, dans cette question si embrouillée de la rhinite atrophique, c'est la théorie infectieuse qui prévaut. Son argument le plus fort, le plus convaincant, est sans doute la nature contagieuse de la maladie, puisque au point de vue bactériologique les microbes dits spécifiques de Löwenberg, de Fernand Pérez n'ont pas été encore retournés, cultivés et expérimentés par d'autres observateurs. La contagion par contre a été dévoilée par les faits d'observation très probants de Pérez, de Vaquier, de Lermoyez.

Cependant ne peut-on pas formuler contre cette théorie infectieuse des observations que la pratique journalière met à l'esprit de chacun de ceux qui observent depuis longtemps des cas nombreux de cette curieuse affection ?

1° Et d'abord comment se fait-il qu'un des nombreux produits antiseptiques employés pour la combattre n'ait pu jusqu'ici neutraliser, détruire même l'agent pathogène, alors que dans les autres régions de l'organisme sur des muqueuses infectées, nous voyons presque toujours un

antiseptique puissant, un de ceux qu'on emploie habituellement, arrêter définitivement ou modifier heureusement l'infection, qu'elle soit spécifique : syphilis, tuberculose, blennorragie, etc..., ou bien due à un agent banal : staphylocoque, streptocoque ou autres microbes. C'est là un fait bien curieux, croyons-nous, que pas un des nombreux microbicides de la thérapeutique courante n'ait pu vaincre le microbe supposé de la rhinite atrophiante fétide, alors que ce microbe évolue sur une surface muqueuse partout visible et facilement à la portée de notre action. Est-il nécessaire d'énumérer ici tous les moyens que nous avons employés pour lutter contre cette prétendue infection ? Badigeonnages de la pituitaire avec tous les antiseptiques connus et éprouvés — destruction de parties très étendues de la muqueuse, celles qui semblaient le plus atteintes, avec des liquides caustiques ou le galvanocautère — action des moyens physiques (radiation obscure, courants de haute fréquence) — traitements généraux par les iodures, les sels mercuriels, les sels arsenicaux, les sels d'argent, etc., et aussi par les sérums, notamment par le sérum antidiphtérique.

Dans le service de notre maître le docteur Jouty, à Oran, nous avons vu essayer consciencieusement en partant de l'idée d'infection tous les moyens propres à enrayer la marche progressive de l'ozène. Il a fallu, disons-le, une longue patience, car chaque ozéneux était traité plusieurs fois par semaine et les observations que le docteur Jouty a faites au sujet de la rhinite atrophique, maladie infectieuse possible, portent sur des cas très nombreux. Or, nous le répétons, pas un seul des moyens employés n'a été reconnu efficace ; tous ont échoué, et si une amélioration quelconque a été dans certains cas ob-

servée, elle n'a toujours été que passagère et le processus morbide a ensuite repris sa marche habituelle.

Si l'ozène était une infection microbienne, est-ce que nous n'aurions pas vu quelques cas au moins guérir sous nos yeux, car ils ne sont pas rares, les malades porteurs d'autres infections de la pituitaire et notamment de tuberlose que nous avons vus traités et débarrassés de leur lésion par les antiseptiques ou les agents cautérisants couramment employés contre ces affections: sels d'argent, chlorure de zinc, eau oxygénée, bleu de méthylène, etc. Nous nous rappelons même fort bien le cas d'une femme qui présentait sur sa muqueuse nasale des lésions tuberculeuses qu'on aurait pu croire ozéneuses au premier aspect, et même pendant un long temps encore au cours du traitement, et qui fut complètement guérie de cette rhinite par les moyens très simples que nous avons indiqués plus haut.

Disons en passant que nous avons vu très souvent l'ozène se développer sur des personnes de santé apparemment excellente, et à ce propos nous ne pensons pas que cette idée émise par presque tous ceux qui ont écrit sur cette affection soit vraie, à savoir qu'on l'observe surtout sur les organismes en état de déchéance physiologique, dans les couches sociales inférieures, chez les miséreux et les mal nourris. Le docteur Jouty voit, en effet, presque autant de rhinites atrophiques dans sa clientèle privée que dans son service hospitalier.

2° Nous venons de voir que les résultats de la thérapeutique couramment employée contre l'ozène ne sont pas faits pour nous convaincre de sa nature infectieuse même spécifique (tuberculeuse, syphilitique, coccobacillaire). Comment d'autre part concilier avec cette théorie infectieuse les résultats obtenus dans le traitement de

l'ozène par la méthode préconisée et vulgarisée en France par Moure et Brindel et qui est jusqu'ici la seule à laquelle on ait reconnu quelque efficacité ; nous voulons parler des injections sous-muqueuses de paraffine. Les données de l'observation clinique sur ce point sont incontestables ; tous les rhinologistes savent qu'en rétrécissant plus ou moins la lumière du canal nasal par l'injection sous la muqueuse de paraffine on parvient à modifier très heureusement l'état des sécrétions de la pituitaire et même de la muqueuse pharyngée dans les cas où l'envahissement a gagné la muqueuse.

Dira-t-on que la paraffine incluse dans le tissu cellulaire sous-muqueux peut avoir vis-à-vis de la lésoin un rôle microbicide et que c'est de cette façon que son action se fait sentir ?

Non certainement, on est bien obligé pour donner une explication de ce phénomène régressif de faire intervenir des actions d'ordre trophique dans lesquelles le système nerveux joue un grand rôle. On a invoqué l'action phagocytaire énergique qui se produit ordinairement tout autour d'un corps étranger quelconque situé dans un tissu. Certainement au point où la paraffine a été injectée nous comprenons fort bien qu'une sorte d'inflammation substitutive se produise qui fait un appel vigoureux de globules blancs en cet endroit ; mais comment expliquer que bien plus loin de la région modifiée par l'inclusion du corps étranger apparaît aussi une modification heureuse des éléments de la muqueuse ? Il semble que pour expliquer la façon dont agit le traitement par la paraffine il faut faire intervenir des actions nerveuses trophiques.

Peut-on donner aussi une autre explication pour les cas de guérison d'ozènes unilatéraux que Mermod (de Lausanne) a rapportés récemment et qui ont été dus à

une simple action opératoire sur le septum (résection de la cloison déviée, mobilisation vers la ligne médiane de façon à rendre également perméables les deux fosses nasales). Si la rhinite atrophique était vraiment due à une infection, on ne voit pas comment une mobilisation de la cloison déviée pourrait en amener la guérison. Les faits relatés par Mermod plaident encore, selon le docteur Jouty, pour la théorie pathogénique neurotrophique de l'ozène.

L'idée est souvent venue au docteur Jouty de comparer le processus de l'ozène à l'évolution des lésions cutanées eczémateuses qui commencent par une congestion et qui finissent par une atrophie avec squames épidermiques abondantes, croûteuses parfois et humides. Et chacun sait que dans l'eczéma c'est la viciation de la trophicité et non l'infection qui est en jeu. De même que dans l'eczéma, à n'importe quelle région qu'il apparaisse, il faut chercher la cause bien loin, dans une modification humorale, toxhémique par exemple, produite le plus souvent par des troubles digestifs, de même dans l'ozène, lui semble-t-il, si l'ozène du moins est bien la manifestation d'un trouble névrotrophique, doit-on chercher sa cause ailleurs qu'au point malade et invoquer par exemple l'insuffisance fonctionnelle d'un organe quelconque, un trouble dans une fonction glandulaire.

C'est ainsi que notre maître a pensé bien des fois que la rhinite atrophique pouvait peut-être se produire à la suite d'un trouble fonctionnel dans l'appareil génital. Cette opinion était basée, comme nous l'avons dit dans un chapitre précédent, sur la constatation de la guérison spontanée de cette affection dans deux cas et où cette guérison avait coïncidé avec l'apparition des règles chez des jeunes filles.

D'autre part, une autre jeune fille qu'il avait soignée pendant un certain temps sans résultat bien net se marie peu de temps après la fin du traitement.

Deux ans après son mariage, elle vint le consulter pour son enfant atteint d'une affection banale de la gorge ; quant à elle, dit-elle, et l'examen le confirma, tous les symptômes de sa rhinite fétide avaient disparu peu de temps après son mariage.

Le docteur Jouty a tenté quelquefois le traitement opothérapique de l'ozène en partant de cette idée que cette affection pouvait être due à une insuffisance fonctionnelle des glandes génitales, et il a administré à ses malades dans ce but des extraits de glande testiculaire ou ovarienne. Ce traitement malheureusement n'a pas été suivi bien longtemps et aucun résultat probant ne peut encore être apporté consécutif à cette nouvelle thérapeutique.

A côté de cette conception particulière névrotrophique émise par le Dr Jouty et qui n'a dans son esprit que la valeur d'une simple hypothèse à ajouter après tant d'autres sur la question, il est bon de relater l'opinion que Heckel a fait connaître au Congrès de la Société française de rhinologie à la séance du 13 mai 1907, dans laquelle l'idée de l'ozène, maladie tuberculeuse possible, avait été développée par Caboche et par Lombard. Si nous rapportons ici l'opinion de Heckel, c'est qu'elle corrobore celle du Dr Jouty de la nature névrotrophique de l'ozène.

Heckel exprime d'abord son septicisme à l'égard de la théorie de l'infection spécifique. « Pour ma part, dit-il, je ne suis aucunement convaincu par les nombreuses recherches antérieures de la spécificité morbide de l'ozène. Trop de microbes se sont succédé qui nous promettaient l'explication et la guérison de l'ozène. Je n'ai pas davantage grande confiance dans le dernier-né, le

coccobacille de Pérez. Je pense qu'ici la question du terrain est primordiale. L'ozène est une affection qui atteint les gens dystrophiques par rachitisme, tuberculose, syphilis, etc. Je crois qu'une fois ce terrain dystrophique acquis, on peut faire des rhinites atrophiques fétides avec n'importe quels microbes de la flore pituitaire et pharyngée, et surtout avec leur association. Il ne faudrait pas s'imaginer, parce que l'ozène évolue en trois stades principaux (hypertrophie de la muqueuse, atrophie de la muqueuse, atrophie du squelette), que cela oblige absolument le chercheur à se limiter à l'hypothèse de spécificité microbienne.

» Il y a aussi spécificité de terrain. N'y a-t-il pas dans le tube digestif un autre syndrome au moins aussi complexe et à spécificité de terrain neuroarthritique : l'entérocolite muco-membraneuse qui relève de hautes étiologies et où les microbes jouent un rôle, mais secondaire ? On n'en a pas fait cependant une maladie infectieuse ni spécifique, et cependant avec les phases de dilatation et de spasme du côlon, avec ses périodes inflammatoires douloureuses, la fétidité des selles, ses fausses membranes (qui sont le pendant de la croûte ozéneuse, par altérations sécrétoires), n'a-t-elle pas une allure et une évolution aussi complexes et n'est-elle pas aussi tenace ?»

Toutes ces considérations sont intéressantes comme on le voit et sont bien faites pour nous empêcher d'émettre sur la nature infectieuse et spécifique de l'ozène une opinion aussi tranchée que celle qui semble avoir cours à l'heure actuelle.

CONCLUSION

De toutes les théories pathogéniques émises sur la rhinite atrophique fétide il faut en retenir deux : celle qui fait de cette affection une trophonévrose de cause encore indéterminée et celle qui la considère comme une infection spécifique.

L'une et l'autre mérite notre attention, mais nous ne croyons pas, contrairement à l'opinion qui semble s'accréditer à l'heure actuelle, que la théorie trophonévrotique doive définitivement céder le pas à la conception de l'ozène infection contagieuse et spécifique.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 17 Mars 1909.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 17 Mars 1909.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!